Aus der Frauenklinik des Evangelischen Krankenhauses Bethesda
zu Duisburg
(Chefarzt: Prof. Dr. med. Ch. Werner)

„Ambulante Geburt, eine kritische retrospektive Studie über Geburts- und Wochenbettverlauf sowie Neugeborenenphase“

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Dipl. med. Georgios Phytides

1983

LEIDEN

Ambulante Geburt, eine kritische retrospektive Studie über Geburts- und Wochenbettverlauf sowie Neugeborenenphase

Material der Frauenklinik des Evangelischen Krankenhauses Bethesda
zu Duisburg
der Jahre 1980 bis 1983

Gliederung

Seite

1.	Einleitung	1
2.	Fragestellung	1
3.	Methodik	2
4.	Ergebnisse	2
4.1.	Beweggründe für eine ambulante Geburt	2
4.2.	Soziale Daten der Mutter	2
4.3.	Geburtshilfliche Daten	3
4.4.	Schwangerschaftsanamnese	3
4.5.	Geburtsvorbereitungskurse	3
4.6.	Die Geburt	3
4.6.1.	Geburtsverlauf	3
4.6.2.	Geburtsmedikation	4
4.6.3.	Entbindungsmodus	4
4.7.	Komplikationen der Mutter in den ersten 2 h p.p.	4
4.8.	Das Neugeborene	4
4.9.	Komplikationen des Neugeborenen in der Klinik	4
4.10.	Entlassungsbefund und -zeitpunkt von Mutter und Kind	5
4.11.	Das Wochenbett	5
4.11.1.	Wochenbettbetreuung	5
4.11.2.	Wochenbettkomplikationen der Mutter	5
4.12.	Neugeborenenbetreuung	5
5.	Diskussion	5
6.	Zusammenfassung	8
7.	Literatur	8

Ambulante Geburt, eine kritische retrospektive Studie über Geburts- und Wochenbettverlauf sowie Neugeborenenphase

1. Einleitung

Die heutige Geburtshilfe in der Klinik ist gekennzeichnet durch einen hohen Stand an personeller und apparativer Ausstattung, der es ermöglicht, das Risiko für Mutter und Kind auf niedrigstem Niveau zu halten.

Eine kritische Richtung, welche diese Geburtshilfe als unpersönlich, übertechnisiert, steril u. a. charakterisiert, blieb nicht ohne Wirkung auf eine Entwicklung, welche die emotionelle Seite der Geburt und postpartale Periode stärker als bisher beachtet. Ausdruck dieser Entwicklung ist u. a. die positivere Einstellung gegenüber Geburtsvorbereitungskursen, die Möglichkeit der Anwesenheit einer vertrauten Person (z. B. Vater) während der Geburt, die Durchsetzung des rooming-in und die Motivierung zum Stillen.

Alle diese Veränderungen tragen dazu bei, die emotionelle Seite der Geburt stärker zu berücksichtigen und die frühe Mutter-Kind-Beziehung zu fördern, wobei jedoch beim stationären Wochenbett der Vater und eventuell bereits vorhandene Geschwister weitgehend vom Erleben der frühen Wochenbett- bzw. Neugeborenenphase ausgeschlossen bleiben (5, 10, 15).

So wurde vielerorts der Ruf nach der Hausgeburt wieder laut, die aber unter den Bedingungen, wie sie in der Bundesrepublik vorliegen, vom Standpunkt eines verantwortungsvollen Geburtshelfers nicht zu vertreten ist (8).

Die ambulante Geburt ist in geeigneten Fällen vertretbarer als die Hausgeburt, da sie die größtmögliche Sicherheit während der Geburt in der Klinik mit dem günstigen häuslichen Klima während des frühen Wochenbettes verbindet.
Jede ambulante Geburt bedarf jedoch einer strengen Indikation (4, 6, 9, 12, 13, 16).

2. Fragestellung

Anhand der durchgeführten Untersuchungen sollten folgende Fragen beantwortet werden:

1. Aus welchen Beweggründen entscheiden sich Schwangere für eine ambulante Geburt?
2. Bedarf die ambulante Entbindung einer speziellen Vorbereitung?
3. Ist die ambulante Geburt Erstgebärenden zu empfehlen?
4. Bedarf die ambulant Gebärende einer besonderen Überwachung unter der Geburt?
5. Wie wurde die Betreuung im ambulanten Wochenbett durch eine niedergelassene Hebamme realisiert?
6. Wie wurde die Versorgung des Neugeborenen sowohl bei Komplikationen als auch bei der Durchführung der vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen durch einen niedergelassenen Kinderarzt gesichert?
7. Traten bei Mutter bzw. Kind im ambulanten Wochenbett Komplikationen auf?

8. Welche sind die Kontraindikationen für eine ambulante Geburt?

3. Methodik

Um die aufgestellten Fragen beantworten zu können, werden alle in der Frauenklinik des Ev. Krankenhauses Bethesda zu Duisburg durchgeführten ambulanten Geburten in der Zeit vom 30. 10. 1980 bis 31. 8. 1983 ausgewertet. Hierbei handelt es sich um 112 Fälle, bei welchen die Schwangeren (Erst- und Mehrgebärende) selbst den Wunsch zu einer ambulanten Entbindung hatten. Die Entlassung von Mutter und Kind erfolgte innerhalb der ersten 48 h, jedoch nicht früher als 2 h p.p.

Die Daten von Mutter und Kind wurden durch einen halbstrukturierten Fragebogen (siehe Anhang) schriftlich erfragt. Erfragt wurden die Beweggründe für eine ambulante Geburt, die Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen, die Hebammenbetreuung im ambulanten Wochenbett (quantitativ und qualitativ), die Teilnahme an weiteren Veranstaltungen im ambulanten Wochenbett, der Stillmodus, der Erstbesuch beim Frauen- und Kinderarzt, die mütterlichen und kindlichen Komplikationen innerhalb der ersten 10 Tage p.p.

Die sozialen und geburtshilflichen Daten der Mütter wurden den Krankenblättern entnommen.

4. Ergebnisse

Von den 112 Frauen änderten 9 ihre Meinung. Den verbleibenden 103 wurden Fragebögen zugesandt, wovon 77 zusammen mit den Aufnahme- und Geburtsprotokollen vollständig ausgewertet werden konnten.

4.1. Beweggründe für eine ambulante Geburt

Die Frauen begründeten ihre Entscheidung wie folgt:

1. Sofortige Eingliederung des Neugeborenen in die Familie bei möglichst kurzzeitiger Trennung von Vater und älteren Geschwistern (59,8 %).
2. Abneigung gegen Krankenhausaufenthalt, teils durch schlechte Erfahrungen bei früheren Entbindungen (42,9 %).
3. Nächstliegende Alternative zur Hausgeburt unter Berücksichtigung des geringeren Risikos einer Entbindung in der Klinik (40,3 %).
4. Normal verlaufende Geburt ist kein Grund für einen Krankenhausaufenthalt (10,4 %).

(Mehrfachantworten waren möglich.)

4.2. Soziale Daten der Mutter

Das Alter der 77 erfaßten Mütter schwankte zwischen 18 und 40 Jahren, mit einem mittleren Alter von 27,3 Jahren.

37,7 % der Schwangeren waren berufstätig, davon 24,7 % in pädagogischen Berufen, 7,8 % in medizinischen Berufen und 5,2 % waren Studierende.

62,3 % der Schwangeren waren Hausfrauen (Tab. 1).

Tabelle 1: Soziale Daten der Mutter

mittl. Alter (in Jahren)	27,3
Berufstätigkeit	37,7 %
— pädagogische Berufe	24,7 %
— medizinische Berufe	7,8 %
— Studierende	5,2 %
Hausfrauen	62,3 %

4.3. Geburtshilfliche Daten

Die mittlere Schwangerschaftsdauer betrug 40,3 SSW. 13,0 % der Schwangeren befanden sich rechnerisch in der 42. SSW und 2,6 % in der 38. SSW. Die Rate der Erstgebärenden lag bei 40,3 %, 41,5 % waren Zweitgebärende und 18,2 % Dritt- und Mehrgebärende (Tab. 2).

Tabelle 2: Geburtshilfliche Daten

mittl. Schwangerschaftsdauer (in SSW)	40,3
Primipara	40,3 %
Multipara	59,7 %

4.4. Schwangerschaftsanamnese

In 76,6 % der Fälle verlief die Schwangerschaft unauffällig. 23,4 % waren Risikoschwangerschaften (Tab. 3).

Tabelle 3: Schwangerschaftsanamnese

unauffällig	76,6 %
Risikoschwangerschaften	23,4 %
— Abortanamnese[1]	10,4 %
— Cerclage	5,2 %
— Pyelitis gravidarum	5,2 %
— Epilepsie[2]	1,3 %
— EPH-Gestose[3]	1,3 %

[1] vorzeitige Wehentätigkeit, Blutung
[2] medikamentös eingestellt
[3] monosymptomatisch (Ödeme)

4.5. Geburtsvorbereitungskurse

Die Vorbereitung auf die Geburt erfolgte in 9,1 % der Fälle nach Read, in 48,0 % nach Lamaze und in 11,7 % nach Sophrologie (Geburtsvorbereitung durch Tiefenentspannung).

Von den Erstgebärenden nahmen 94,8 % und von den Mehrgebärenden 74,0 % an einem Geburtsvorbereitungskurs teil (Tab. 4).

Tabelle 4: Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen

Erstgebärende	94,8 %
Mehrgebärende	74,0 %
keine	31,2 %
nach Read	9,1 %
nach Lamaze	48,0 %
nach Sophrologie	11,7 %

4.6. Die Geburt

4.6.1. Geburtsverlauf

Die mittlere Geburtsdauer betrug 7 h 18 min, wovon 15,6 % in weniger als 3 h und 2,6 % nach mehr als 18 h entbunden wurden. Die Episiotomiehäufigkeit lag bei 41,6 %, die der chirurgisch zu versorgenden Geburtsverletzungen wie Labienschürfungen und DRI bei 37,7 %. In allen 77 Fällen war eine spontane Placentalösung zu verzeichnen, wobei in einem Fall eine Nachcurettage wegen fraglicher Vollständigkeit der Placenta erfolgte (Tab. 5).

Tabelle 5: Geburtsverlauf

mittl. Geburtsdauer	7 h 18 min
Episiotomie	41,6 %
Geburtsverletzungen[1]	37,7 %
spont. Placentalösung	100,0 %

[1] Labienschürfungen, DRI

4.6.2. Geburtsmedikamention

Bei 61,0% der ambulant Gebärenden kamen keine Medikamente zur Anwendung und in 6,5% der Fälle wurde in PDA (Periduralanästhesie) entbunden.

Im untersuchten Kollektiv wurde in 27,3% der Fälle Pethidin, Spasmoanalgetika und Lokalanästhetika zur Geburtsschmerzlinderung und in 9,1% der Fälle Wehenmittel zur Stimmulation bzw. Koordination der Wehentätigkeit eingesetzt (Tab. 6).

Tabelle 6: Medikation unter der Geburt

keine	61,0%
PDA (Periduralanästhesie)	6,5%
Schmerzmittel[1]	27,3%
Wehenmittel[1]	9,1%

[1] teils kombinierte Medikation

4.6.3. Entbindungsmodus

Die Geburt erfolgte in 97,4% der Fälle spontan, darunter zwei aus Beckenendlage (Mehrgebärende).

2,6% der Gebärenden wurden operativ durch Forceps entbunden (Tab. 7).

Tabelle 7: Entbindungsmodus

spontan	97,4%
operativ per forcepiem	2,6%

4.7. Komplikationen der Mutter in den ersten 2 h p.p.

Im gesamten untersuchten Kollektiv stellten sich in drei Fällen (3,9%) Komplikationen innerhalb der ersten 2 h p.p. ein. Hierbei handelt es sich um zwei Fälle von atonischen Nachblutungen und einen Fall von afebriler kontrollbedürftiger Leukozytose nach vorzeitigem Blasensprung.

4.8. Das Neugeborene

Das mittlere Geburtsgewicht der Neugeborenen betrug 3469 g, wovon in 5,2% der Fälle das Geburtsgewicht über 4200 g lag. Kein Neugeborenes war leichter als 2500 g. Alle Neugeborenen waren reif. 97,4% aller Neugeborenen erhielten in der ersten Minute eine Apgargesamtnote über acht und hatten einen pH-Wert des Nabelarterienblutes über 7,20.

4.9. Komplikationen des Neugeborenen in der Klinik

Bei 75,3% aller Neugeborenen wurde eine kontrollbedürftige Hyperbilirubinämie festgestellt. In einem Fall kam es zu einer leichten Kopfhautverletzung durch die ECG-Elektrode.

Bei einem Neugeborenen wurde eine Doppelanlage des rechten Daumens und bei weiteren fünf ein Pes adductus congenitus beobachtet (Tab. 8).

Bei der Apgarbewertung in der ersten Minute erhielten zwei Neugeborene eine Gesamtnote von sieben und fünf und der pH-Wert des Nabelarterienblutes betrug 7,20 bzw. 7,12.

Tabelle 8: Komplikationen des Neugeborenen in der Klinik

Hyperbilirubinämie	75,3%
Geburtsverletzungen	1,3%
Fehlbildungen	1,3%
Fehlhaltungen	6,5%

4.10. Entlassungsbefund und -zeitpunkt von Mutter und Kind

Die Entlassungsbefunde aller Mütter waren unauffällig, ebenfalls die von 88,3 % der Neugeborenen. Bei 11,7 % der Neugeborenen bestand zum Zeitpunkt der Entlassung noch eine kontrollbedürftige Hyperbilirubinämie. Die Mütter dieser Kinder wurden auf die Notwendigkeit einer weiteren Kontrolle durch den niedergelassenen Kinderarzt hingewiesen.

Die Entlassung von Mutter und Kind erfolgte innerhalb der ersten 48 h p.p., jedoch nicht früher als 2 h p.p. Der mittlere Entlassungszeitpunkt lag bei 14 h p.p. (Abb. 1 siehe Anhang).

4.11. Das Wochenbett

4.11.1. Wochenbettbetreuung

Die Betreuung durch eine niedergelassene Hebamme im Wochenbett innerhalb der ersten 10 Tage p.p. war in nur 90,9 % der Fälle hinreichend gewährleistet. 9,1 % der Wöchnerinnen haben nach eigenen Angaben auf diese Betreuung aufgrund ihrer Multiparität verzichtet, trotz unterschriebenen Revers, daß sie eine betreuende Hebamme hätten. Zusätzlich zur Hebammenbetreuung nahmen 27,3 % der Wöchnerinnen an einem Stillberatungsgespräch und 14,3 % an einem Rückbildungsgymnastikkurs teil.

4.11.2. Wochenbettkomplikationen der Mutter

Bei 10,4 % der Wöchnerinnen stellten sich leichte Wochenbettkomplikationen ein, die durch den niedergelassenen Frauenarzt behandelt wurden. Die restlichen 89,6 % suchten ihren behandelnden Frauenarzt erstmals 4-6 Wochen p.p. zur Abschlußuntersuchung auf.

7,8 % der Wöchnerinnen (Dritt- und Mehrgebärende) konnten sich nach ihren Angaben zu Hause nicht ausreichend erholen und entspannen (Tab. 9).

Tabelle 9: Wochenbettkomplikationen

Verdacht auf Mastitis	6,5 %
Verdacht auf Lochiometra	5,2 %
Stuhlentleerungstörungen[1]	3,9 %
gestörte Wundheilung der Episiotomie	2,6 %
Depressionen	2,6 %
Anämie[2]	1,3 %

[1] Obstipation
[2] nicht transfusionsbedürftig

4.12. Neugeborenenbetreuung

Alle Neugeborenen wurden einem niedergelassenen Kinderarzt zwecks Vorsorgeuntersuchung spätestens am 5. Tag p.p. vorgestellt.

Bei 11,7 % der Neugeborenen waren mehrmalige kinderärztliche Konsultationen wegen einer Hyperbilirubinämie (siehe 4.10.) notwendig.

93,5 % der Kinder wurden gestillt (1).

5. Diskussion

Die von den Müttern genannten Beweggründe für eine ambulante Geburt lassen erkennen, daß wir auch in der postpartalen Zeit nicht länger neue psychosomatische Erkenntnisse vernachlässigen dürfen (14). Bereits 1970 wurde von Klaus und Kennel das Vorhandensein einer besonders sensitiven Phase

unmittelbar nach der Geburt beschrieben. Daher müssen auch die Bestrebungen von uns Geburtshelfern dahin gehen, das Erleben dieser kostbaren postpartalen sensitiven Phase zwischen Mutter und Kind unter besten emotionellen Bedingungen zu unterstützen und auf die restliche Familie auszudehnen (5, 10, 13).

Bis zur Einführung der ambulanten Geburt stellte die Hausgeburt eine Möglichkeit des individuellen Erlebens der Geburt und des Wochenbettes dar (2, 8). 40,3 % der von uns befragten Frauen sahen in der ambulanten Geburt die nächstliegende Alternative zur Hausgeburt unter Berücksichtigung des geringeren Risikos einer Entbindung in der Klinik (vergl. 4.1.).

Wir sehen in der ambulanten Geburt die Möglichkeit, die Wünsche der Mütter nach häuslicher Atmosphäre einer Hausgeburt einerseits und unseren Forderungen nach optimaler Sicherheit für Mutter und Kind unter der Geburt zu verbinden.

Bei dem von uns untersuchten Kollektiv wurde die Schaffung folgender Voraussetzungen dringend angeraten:

1. Betreuung durch eine niedergelassene Hebamme innerhalb der ersten 10 Tage p.p.
2. Versorgung des Neugeborenen durch einen niedergelassenen Kinderarzt.

Die Erfüllung beider Voraussetzungen wurde durch die Frauen per Unterschrift bestätigt.

Außerdem wurde den Müttern, insbesondere den Erstgebärenden, die Teilnahme an einem Säuglingspflegekurs einschließlich Still- und Ernährungsprobleme angeraten. Die Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs erfolgte auf freiwilliger Basis. Jedoch zeigt die hohe Beteiligung an den Geburtsvorbereitungskursen insbesondere am Lamaze-Kurs für Paare (vergl. 4.5.) die Bereitschaft der Mütter sowie ihrer Partner eine aktivere Rolle und damit verbundene Verantwortung während des Geburtsvorganges und im Wochenbett zu übernehmen, was sich letztendlich in der hohen Stillbereitschaft (93,5 %) widerspiegelte (1,7).

Die Erstgebärenden waren im Kollektiv mit 40,3 %, die Zweitgebärenden mit 41,5 % und die Dritt- und Mehrgebärenden lediglich mit 18,2 % vertreten (vergl. 4.3.).

Daraus geht hervor, daß die ambulante Geburt hauptsächlich Erst- und Zweitgebärende anspricht, da bei einem Vorhandensein von bereits 2 und mehr Kindern eine ausreichende Erholung und Entspannung zu Hause kaum noch gewährleistet ist, was auch aus den von uns ausgewerteten Fragebögen hervorging (vergl. 4.11.2.). Nach unseren Untersuchungen können wir davon ausgehen, daß die ambulante Geburt für Erst- und Zweitgebärende gleichermaßen zu empfehlen ist, wobei Erstgebärenden die Teilnahme an einem Säuglingspflegekurs anzuraten ist. Sowohl schmerzstillende als auch wehenfördernde Medikation antepartum stellten in keinem der von uns untersuchten Fälle eine Kontraindikation zur ambulanten Geburt dar.

Da gemäß unserer Definition eine Entlassung von Mutter und Kind innerhalb der ersten 48 h p.p. als ambulante Geburt angesehen wird, ist auch die Anwen-

dung der PDA (Periduralanästhesie) möglich (vergl. Tab. 6). Die Durchführung einer Episiotomie (41,6 %) stellte in dem von uns untersuchten Kollektiv in keinem Fall eine Kontraindikation zur ambulanten Geburt dar (11).

Die Hebammenbetreuung im Wochenbett wurde nur in 90,9 % der Fälle realisiert. Die restlichen 9,1 % der Wöchnerinnen verzichteten aufgrund ihrer Multiparität trotz unterschriebenen Revers auf diese Betreuung.

Bei den Wöchnerinnen ohne Hebammenbetreuung handelt es sich ausschließlich um Multipara, wobei von uns eine 100%ige Hebammenbetreuung angestrebt wird. Rechtlich bietet sich für uns keine andere Möglichkeit, als den werdenden Müttern diese Unterschrift abzuverlangen, wobei es zusätzlich unser Ziel war, damit die Wichtigkeit der Hebammenbetreuung zu unterstreichen.

Die erforderlichen Screening-Tests sowie die Kontrolle von im beobachtungsbedürftigen Bereich liegenden Hyperbilirubinämien (11,7 %) wurden ausnahmslos von den niedergelassenen Kinderärzten übernommen. Alle Neugeborenen wurden einem niedergelassenen Kinderarzt spätestens am 5. Tag p.p. vorgestellt.

Ernste Komplikationen sowohl seitens der Mütter als auch der Neugeborenen wurden nicht berichtet. Weder Wöchnerinnen noch Neugeborene mußten hospitalisiert werden. Leichte mütterliche Komplikationen, die auch während eines stationären Wochenbettes anzutreffen sind, konnten stets problemlos durch den behandelnden niedergelassenen Gynäkologen behoben werden (vergl. Tab. 9).

Unsere besondere Beachtung galt den 23,4 % der Mütter, die als Risikoschwangerschaften der „low-risk-group“[1] angesehen waren. Auch diese Mütter erlebten ein komplikationsloses Wochenbett. Damit wird die Meinung von Stauber (1980) bekräftigt, daß im Gegensatz zu Schwangerschaft und Geburt das Wochenbett komplikationsärmer verläuft (3, 12). 9 von den ursprünglich 112 erfaßten Frauen, die den Wunsch nach einer ambulanten Geburt hatten, wurden aus dieser Studie ausgeklammert, da das Wochenbett stationär verlief.

Von diesen 9 Fällen blieben 5 aus kindlicher und 2 aus mütterlicher Indikation stationär, weitere 2 änderten ihre Meinung (11).

Kontraindikation zur ambulanten Geburt sind:

1. praenatal
   - — Risikoschschwangerschaften der „high-risk-group“[1]
2. postnatal
   Mutter
   - — schwere operative Entbindung
   - — Störungen der Nachgeburtsperiode
   - — Fieber unter der Geburt

[1] Speziell für diese Studie vorgenommene Unterteilung der Risikoschwangerschaften in solche, welche eine Kontraindikation für die ambulante Geburt darstellen (high-risk-group) und andere, bei welchen eine ambulante Geburt in Abhängigkeit vom postpartalen Zustand zu vertreten ist (low-risk-group).

High-risk-group: Schwere Gestosen, Mehrlingsschwangerschaften, regelwidrige Kindslage, schwere Allgemeinerkrankungen (Herz-, Niereerkrankungen), Diabetes mellitus, Alkoholismus, Drogensucht, spezifische Infektionen (Tbc, Lues, Röteln, Hepatitis u. a.).

Low-risk-group: Leichte Gestosen, Abortanamnese, medikamentös eingestellte Allgemeinerkrankungen.

Neugeborenes
- — Adaptationsstörungen
- — frühzeitige neurologische Auffälligkeiten
- — zu niedriges Geburtsgewicht (unter 2500 g)
- — zu hohes Geburtsgewicht (über 4500 g)
- — Hinweise auf Erkrankungen bzw. gravierende Fehlbildungen (17).

6. Zusammenfassung

In einer retrospektiven Studie wurden 77 Frauen, die in der Zeit vom 30. 10. 1980 bis 31. 8. 1983 im Ev. Krankenhaus Bethesda zu Duisburg ambulant entbunden wurden, erfaßt.

PDA (Periduralanästhesie) und Episiotomie stellten keine Komplikationen dar.

Die Hebammenbetreuung im ambulanten Wochenbett wurde in nur 90,9 % der Fälle realisiert.

Die Kinderärztliche Versorgung der Neugeborenen war in allen Fällen gesichert.

Ernste Komplikationen im ambulanten Wochenbett sowohl seitens der Mütter als auch der Neugeborenen wurden nicht berichtet. Ausgehend von den Ergebnissen unserer Studie können wir abschließend feststellen, daß die ambulante Geburt unter Berücksichtigung der von uns geforderten Bedingungen zu vertreten ist.

7. Literatur

(1) Goldstein, M.: Untersuchung über die Häufigkeit und Dauer des Stillens und den Einfluß psychosozialer Faktoren in West-Berlin. Inauguraldissertation an der FUB 1978.

(2) Hipp, M.: Die Familien-Hebamme, Ziele und Aufgaben eines Modellvorhabens. II. Freiburger Geburtshilfl. Kolloquium, Freiburg i. Br., 11./12. 09. 1981.

(3) Keller, P.: Paediatrische Versorgung frühzeitig aus stationärer Behandlung entlassener Neugeborener. Beitrag zum Symposium in der Universitätskinderklinik am 18. 01. 1980.

(4) Klöck, F. K., Harms, E., Siebertz, J.: Erfahrung mit der ambulanten Geburt 1979-1981. II. Freiburger Geburtshilfl. Kolloquium, Freiburg i. Br., 11./12. 09. 1981.

(5) Kloostermann, G. J.: Zur Förderung der Mutter-Kind-Bindung in der modernen Geburtshilfe. In: Die Welt des Neugeborenen. Monatsschrift f. Kinderheilkunde, 124 (1976) 563.

(6) Mentzel, H.: Vor- und Nachteile der Klinikgeburt, ambulanten Geburt und Hausgeburt. 10. Deutscher Kongreß für perinatale Medizin, 8.-12. 12. 1981, Berlin.

(7) Perres, M., Schenkel, H., Stauber, M.: Eine experimentelle Untersuchung zur psychologischen Geburtsvorbereitung. Z. Geburtshilfl. u. Perinat. 182 (1978) 149.

(8) Römer, V. M., Haug, J.: Zum Problem der Hausgeburtshilfe, Geburtshilfe und Frauenheilkunde 42 (1982) 436-439.

(9) Saling, E.: Diskussionsbeitrag zum Symposium über die ambulante Geburt in der Universitätskinderklinik Berlin, 18. 01. 1980.

(10) Schneider, H., Prill, H. J.: Die Bedeutung der postpartalen sensitiven Phase für die erste Mutter-Kind-Beziehung. Vortrag auf der 42. Tagung der Dtsch. Gesellsch. f. Gyn. u. Geburtshilfe, München 1978.

(11) Spätling, L., Fallenstein, F., Huch, R., Huch, A.: Ambulante Geburt - Datenanalyse 1980/81 im Universitätsspital Zürich.

(12) Stauber, M.: Die ambulante Geburt. II. Freiburger Geburtshilfl. Kolloquium, Freiburg i. Br., 11./12. 09. 1981.

(13) Stauber, M.: Psychosomatische Grundlagen und Entwicklung der ambulanten Geburt. Geburtshilfe u. Frauenheilkunde 40 (1980) 884-888.

(14) Stauber, M.: Psychosomatische Aspekte d. Geburtshilfe. Dtsch. Ärzteblatt 12 (1979) 797.

(15) Stauber, M.: Psychosomatische Aspekte der perinatalen Medizin.
Fortschr. Med. 21 (1979) 1013.

(16) Stauber, M.: Die ambulante Geburt - eine Verbindung von medizinischer Sicherheit mit günstigem emotionellen Klima. Vortrag in der Universitätskinderklinik Berlin, 18. 01. 1980.

(17) Stauber, M., Hoffbauer, H.: Merkblatt für psychosomatische Hinweise für Schwangere, der Beratung in der Frauenklinik Charlottenburg der FUB 1977.

Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. med. Ch. Werner für die Überlassung des Themas, für die mir gewährte Hilfe sowie für seine wertvollen Hinweise.

Herrn Oberartzt Dr. med. A. Drähne danke ich für seine freundliche Unterstützung.

Eidesstattliche Erklärung
über die selbständige Anfertigung der Arbeit

Ich versichere an Eides Statt, daß die Abhandlung selbständig verfaßt und andere als die angegebenen Hilfsmittel nicht benutzt wurden.

Duisburg, Dezember 1983

„Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf"

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

gez.: Prof. Dr. Hopf

Referent
gez.: Prof. Dr. Werner

Korreferent
gez.: Prof. Dr. Beck

Abbildung 1: Der Entlassungszeitpunkt

Lebenslauf

Ich wurde am 18. Juli 1954 als Sohn des Unternehmers Johannes Phytides und seiner Ehefrau Andriana in Paphos (Zypern) geboren.

Von 1960 bis 1966 besuchte ich die Englische Grundschule und von 1966 bis 1969 das Gymnasium in Paphos, wo ich auch 1969 in das College eintrat und dieses 1972 mit dem Abitur beendete.

In den folgenden zwei Jahren leistete ich meinen Militärdienst ab.

1974 legte ich eine Eignungsprüfung ab, worauf ich von der Zyprischen Regierung ein Stipendium für ein Medizinstudium an der Leipziger Universität erhielt.

1980 beendete ich mein Medizinstudium mit dem Staatsexamen und verteidigte eine Arbeit zum Thema: „Schwangerschaftsverlauf und Kindlicher Zustand nach Rötelninfektion und nach Rötelnkontakt der Mutter" an der Universitätsfrauenklinik in Leipzig, wofür mir der akademische Grad des Diplom-Mediziners verliehen wurde.

Seit Oktober 1980 arbeite ich als Assistenzarzt an der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des St. Barbara-Hospitals in Duisburg-Hamborn.

Duisburg, Dezember 1983

Fragebogen

1. Warum haben Sie sich für die ambulante Geburt entschieden?

   _____

   _____

   _____

2. Haben Sie an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen?

   ja ☐ nein ☐

   wenn ja: nach Read ☐

   nach Lamaze ☐

   nach Sophrologie ☐

3. Wann erfolgte der erste Hebammenhausbesuch nach der Geburt?

   _____

4. Wann erfolgten weitere Hebammenhausbesuche innerhalb der ersten 10 Tage nach der Geburt?

   _____

   _____

   _____

5. Welche Untersuchungen und Beratungen fanden bei den Hausbesuchen durch die Hebamme statt?

   a) Kontrolle der Gebärmutterrückbildung durch Handdruck auf die Bauchdecke

   ja ☐

   nein ☐

b) Kontrolle des Wochenflusses auf Menge und Farbe

ja ☐

nein ☐

c) Kontrolle der Wundheilung des Scheiden-Damm-Schnittes

ja ☐

nein ☐

kein Schnitt ☐

d) Untersuchung der Brust auf Verhärtungen und der Brustwarzen auf Risse

ja ☐

nein ☐

e) Fiebermessung

ja ☐

nein ☐

f) Pulskontrolle

ja ☐

nein ☐

g) Blutdruckmessung

ja ☐

nein ☐

h) Wurden Sie nach Stuhl- und Harnentleerung befragt?

ja ☐

nein ☐

i) Wurde Ihnen Blut abgenommen?

ja ☐

nein ☐

wenn ja: Zu welchem Zweck?

_____

_____

j) Wurden Sie beraten über:

— Stillen	ja ☐	nein ☐
— Brustpflege	ja ☐	nein ☐
— Körperhygiene (Sitzbäder, Duschen, Baden)	ja ☐	nein ☐
— Wochenbettgymnastik	ja ☐	nein ☐
— Ernährung	ja ☐	nein ☐
— Säuglingspflege	ja ☐	nein ☐
— Säuglingsernährung	ja ☐	nein ☐

k) War Ihnen die Hebamme bei der Lösung psychischer Probleme behilflich?

ja ☐

nein ☐

keine Probleme ☐

6. Haben Sie an einer der folgenden Veranstaltungen teilgenommen?

   a) Rückbildungsgymnastikkurs ja ☐ nein ☐

   b) Wochenbettgespräch ja ☐ nein ☐

   c) Stillberatung ja ☐ nein ☐

7. Haben Sie gestillt?

   ja ☐

   nein ☐

   teilweise ☐

8. Wann fand der erste Besuch bei Ihrem Frauenarzt nach der Geburt statt?

   _____

9. Warum suchten Sie Ihren Frauenarzt auf?

   Abschlußuntersuchung ☐

   Komplikationen im Wochenbett ☐

10. Kam es innerhalb der ersten 10 Tage nach der Geburt zu irgendwelchen Komplikationen?

    ja ☐

    nein ☐

    wenn ja, welche:

    a) starke Nachblutungen ☐

    b) Wochenflußstau ☐

    c) gestörte Heilung des Scheiden-Damm-Schnittes ☐

    d) Brustentzündung ☐

e) Fieber ☐

f) Blutarmut ☐

g) Thrombose ☐

h) Embolie ☐

i) Depressionen ☐

j) Harnentleerungsstörungen ☐

k) Stuhlentleerungsstörungen ☐

Mußten Sie wieder stationär aufgenommen werden?

ja ☐

nein ☐

11. Konnten Sie sich zu Hause ausreichend entspannen und ausruhen?

ja ☐

nein ☐

12. War diese Ihre erste Geburt?

ja ☐

nein ☐

wenn nein: Waren vorherige Entbindungen?

Hausgeburt ☐

Klinikentbindung ☐

Ambulante Geburt ☐

13. Wann suchten Sie das erste Mal nach Ihrer Entlassung den Kinderarzt auf?

_____

14. Zu welchem Zweck suchten Sie den Kinderarzt auf?

Vorsorgeuntersuchung ☐

Komplikationen ☐

15. Welche Komplikationen traten beim Neugeborenen innerhalb der ersten 10 Tage nach der Geburt auf?

keine Komplikationen ☐

Anpassungsstörungen (Atemstörungen, Herz-Kreislauf-Störungen, Ernährungs-störungen) ☐

Infektionen ☐

Gelbsucht ☐

Mußte das Kind wieder stationär aufgenommen werden?

ja ☐

nein ☐

16. Würden Sie im Falle einer erneuten Schwangerschaft wieder ambulant entbinden?

ja ☐

nein ☐

kurze Begründung: _____

_____

17. Weitere Hinweise oder Mitteilungen Ihrerseits:

_____

_____

_____

_____